

**Resistindo à reforma psiquiátrica brasileira:  
um estudo de caso de uma clínica psiquiátrica privada/ES\*  
(Resisting the Brazilian psychiatric reform: a case study of a private  
psychiatric clinic/ES)**

Jackeline da Silva Souza\*  
Maria Lucia Teixeira Garcia\*\*

**Resumo** – Pretende-se<sup>1</sup> analisar a atenção em saúde mental no Estado do Espírito Santo, tendo por *locus* uma clínica psiquiátrica conveniada ao Sistema Único de Saúde, localizada no município de Cachoeiro de Itapemirim/ES. Para o estudo de caso dessa clínica, utilizamos pesquisa documental, observação simples e entrevista com o gestor da instituição e com o ex-técnico. Na análise feita, consideramos as características das demandas recebidas, a estrutura de funcionamento da Clínica e o Projeto Terapêutico. Os resultados apontaram a existência de porta de entrada para internação na própria instituição, a presença da cultura hospitalocêntrica e a ausência da prática ressocializadora. Concluímos que a Clínica constitui-se no reverso do processo de implementação da Política de Saúde Mental, ao colocar-se como pólo de resistência à operacionalização das propostas da Política de Saúde Mental, da não-redução do número de leitos psiquiátricos, assim como a inexistência de um sistema de porta de entrada para internação fora dos domínios da instituição. Desse modo, foi possível evidenciar que os atores sociais que perderam o status até então alcançado com o processo de formulação dessa política (nesse caso, os donos de hospitais privados), posteriormente, retornam à cena política no momento de sua implementação, retomando estratégias e táticas de resistência à sua efetiva concretização.

**Palavras-chave** – Política de saúde mental. Análise de política pública. Política de saúde.

**Abstract** – This research analyzes the attention allotted to mental health related issues in state of Espírito Santo, Brazil utilizing the Psychiatric Clinic located in the district of Cachoeiro de Itapemirim, ES as a point of reference. The methodology employed in the undertaking of this research included a case study utilizing documental research, simple observation and interviews with the current director of the institution and a former employee. Initial findings indicate, in addition to the inexistence of an efficient system of admittance to the Clinic, a “hospitalcentric culture” lacking any strategies or therapies designed to reintegrate its residents with society. Our conclusions further indicate that the lack of an efficient system of admittance, strategies geared toward social reintegration and overpopulation as observed at the Psychiatric Clinic are the antithesis of efficient and desirable Mental Health policies and practices. Furthermore, it became evident that the social actors whose demands were not satisfied during the elaboration of mental health policies (in this case, the owners of private

---

\* Artigo recebido em 21.04.2008. Aprovado em 06.11.2008.

\* Assistente Social graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – Vitória/ES – Brasil. Bolsista de Iniciação Científica do CNPq.

\*\* Professora Doutora DSS/ Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – Vitória/ES – Brasil. Coordenadora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Política Social (UFES), coordenadora do Grupo Fênix, pesquisadora do CNPq. E-mail: lucia-garcia@uol.com.br ou lucia.garcia@pesquisador.cnpq.br.

<sup>1</sup> Pesquisa vinculada ao projeto “Política pública sobre álcool e drogas no Brasil – questões controversas” (CNPq), coordenado pela Profa. Dra. Maria Lúcia T. Garcia (Grupo de Estudos em Análise de Políticas Públicas Fênix). Trabalho recebeu Menção honrosa na Jornada de Iniciação Científica da UFES (2007).

hospitals and clinics) return to the political scene during the process of executing such policies, employing strategies and tactics of resistance that hinder the effective and concrete implementation of desirable mental health policies.

**Key words** – Mental health policy. Public policy analyzes. Health policy.

## **Introdução**

Para entender a Política de Saúde Mental, é necessário retomar os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>2</sup> e o processo de Reforma Psiquiátrica, legitimada pela Lei 10.216, de 2001. Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (AMSTALDEN et al., 2007). Sua formatação inscreve-se num contexto de luta do Movimento da Reforma Psiquiátrica em busca pela superação do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. “Tal processo é um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do ‘louco’ e da ‘loucura’, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão [...]” (BRASIL, 2007, p. 63). Nesse contexto, a Lei 10.216 representa, por um lado, o marco legal na legitimação da Reforma Psiquiátrica, contrapondo-se ao modelo hospitalocêntrico (orientado por uma lógica de mercado lucrativo da loucura) e, por outro, representou a primeira medida legislativa do Brasil que reconheceu a condição de sujeito de direitos do portador de transtornos mentais, ratificando a resolução 46/110 da Organização Mundial de Saúde (ONU), de 1991.

A gestão da Política de Saúde Mental configura-se como uma tarefa complexa, descentralizada, que envolve diversos níveis de decisão e de controle social (AMSTALDEN et al., 2007). Tal gestão tem seus substratos políticos e teóricos orientados a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que contou com a participação de movimentos sociais de usuários e familiares (na discussão do cuidado quanto à saúde mental).

---

<sup>2</sup> Descentralização (com a divisão de competências em 3 esferas e como estratégia de enfrentamento das desigualdades regionais e sociais); integralidade (acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços em todos os níveis de complexidade em saúde); universalidade (garantia de que os cidadãos têm direito ao acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis do sistema) e participação e controle social (garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas e do controle de sua execução, com as Conferências e Conselhos Federais, Estaduais e Municipais em saúde) (BAPTISTA, 2005). E a equidade (que remete a distribuição de recursos através de uma discriminação positiva em favor dos mais desfavorecidos e a diminuição das desigualdades, ou seja, tratamento para os problemas historicamente desiguais) (DUARTE, 2000).

Essa conferência deu continuidade às discussões críticas em torno do modelo asilar e dos gastos com a rede hospitalar, levantadas na I Conferência Nacional em Saúde Mental (CNSM), em 1987. Esse debate desnuda o impasse entre o modelo centrado no hospital (modelo médico-psiquiátrico), considerado ineficaz e oneroso para os usuários e para a sociedade (BRASIL, 2007). Ocorrendo um ano após a VIII Conferência Nacional de Saúde, a I Conferência de Saúde Mental seguiu os princípios e diretrizes da Conferência Nacional de Saúde, marco histórico no campo da saúde e da construção do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1987).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental (em 1992) aprofunda as críticas ao modelo hegemônico, como também formaliza um esboço de um novo modelo assistencial, significativamente diverso, não só na lógica, nos conceitos, nos valores e na estrutura da rede de atenção, mas também na forma concreta de lidar com as pessoas portadoras de transtornos mentais, a partir de seus direitos de cidadania (BRASIL, 2002). Esta conferência estabeleceu um dia nacional de luta por uma sociedade sem manicômios (18 de maio), numa perspectiva de desenvolvimento de atividades alusivas à data nos serviços públicos e particulares (Brasil, 1992). Tais atividades possibilitaram maior visibilidade à luta antimanicomial e suas diretrizes.

A III CNSM<sup>3</sup> ocorreu menos de um ano após a aprovação da Lei 10.216. Teve por tema “Cuidar sim. Excluir não” (referenciado no lema da Organização Mundial de Saúde para 2001), em resposta aos anseios da I e II CNSM e na perspectiva de traçar novos caminhos para a saúde mental. Esta conferência debateu temas como financiamento, recursos humanos, controle social, acessibilidade, direitos e cidadania referentes à questão da saúde mental – para efetivação e implementação da Reforma Psiquiátrica – no âmbito das transformações institucionais, dos serviços e das práticas exercitadas no cotidiano (BRASIL, 2001). Considerando os princípios ordenadores da III CNSM,<sup>4</sup> a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) caminha hoje pelo viés da desinstitucionalização do cuidado em saúde mental

---

<sup>3</sup> Esta conferência ocorreu após 9 anos da última e, como um dos fatores para esse intervalo de tempo, tem-se o processo de busca pela efetivação da reforma psiquiátrica no Congresso Nacional mediante a luta pela aprovação do projeto de lei do deputado Paulo Delgado que foi concretizado em 2001 (REIS, 2006; REIS; GARCIA, 2007). Reis, parafrazeando Delgado (2001), refere que tal processo foi marcado por um período de resistências: de ordem cultural, pela concepção equivocada da doença mental; por parte do “mercado lucrativo da loucura”, representado por instituições face aos altos recursos transferidos do MS para as internações psiquiátricas; e a prioridade dada às leis de forte apelo eleitoral na elaboração legislativa no Parlamento.

<sup>4</sup> Propõe a necessidade de se garantir que nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal) as políticas de saúde mental sigam os princípios do SUS de atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social, respeitando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das Leis Federais e Estaduais, e priorizem a construção da rede atenção integral em saúde mental (BRASIL, 2001).

(BRASIL, 2007). Este processo caracteriza-se pela “desconstrução das instituições de exclusão e sua substituição por inovações que incluem a assistência, a emancipação, a integração social, o protagonismo e salvaguarda dos direitos dos usuários” (BEAKLINI, 2001, p. 25).

O processo de desinstitucionalização remete-nos a três aspectos importantes:

a) a construção de uma nova política de saúde mental requer a mobilização e participação dos atores interessados;

b) a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes é central nesse processo;

c) a construção de estruturas externas que sejam substitutivas à internação nos manicômios, com recursos materiais anteriormente destinados a estes (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

O processo de desinstitucionalização não pode ser entendido como simples desospitalização (como ocorreu nos Estados Unidos e em outros países). Além disso, significa enfrentar a questão manicomial com a superação do modelo médico-psiquiátrico tradicional (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 52). Assim, a desinstitucionalização psiquiátrica luta pela extinção, a rigor, das internações em manicômios. Com a desinstitucionalização, a atual PNSM redireciona o cuidado em saúde mental através de dispositivos extra-hospitalares<sup>5</sup> compreendidos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Ambulatórios em Saúde Mental, Centros de Convivência e Cultura, Saúde Mental na Atenção Básica e Hospitais-Dia, constituindo-se num desafio posto entre a expansão de serviços substitutivos e o processo de redução gradual e planejada de leitos<sup>6</sup> (BRASIL, 2007). “Esse conjunto de mudanças pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal)” (AMSTALDEN et al., 2007, p. 43).

Este redirecionamento em saúde mental orienta-se pelos conceitos de território e responsabilidade, como forma de dar à distritalização em saúde mental um caráter de ruptura

---

<sup>5</sup> Entendidos como “ações programáticas de saúde mental na rede geral de saúde pública” (BRASIL, 1992, p. 14).

<sup>6</sup> Esse processo tornou-se política pública a partir dos anos 1990, e ganha impulso em 2002, com uma série de normatizações do Ministério da Saúde que institui mecanismos claros, eficazes e seguros para redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais (AMSTALDEN et al., 2007, p. 43), através do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) instituído em 2002, das portarias: Portaria nº 77, de fevereiro de 2002 (que inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde novos procedimentos de acordo com a internação em Psiquiatria IV), da Portaria 52/GM de janeiro de 2004 (que institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS) e da Portaria 53/GM de janeiro de 2004 (cria novos procedimentos no âmbito do Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS e dá outras providências).

com o modelo hospitalocêntrico, na perspectiva de garantir os direitos dos usuários à assistência integral e de base comunitária (BRASIL, 1992). Assim, a PNSM está pautada na diretriz de reorientação do cuidado em saúde mental de base comunitária, voltada para um trabalho articulado em rede de saúde mental. Esta rede deve ser diversificada [nas alternativas de serviços], de base territorial, de referência para os usuários dos serviços de saúde mental (BRASIL, 2007). Essa reorientação significa alavancar iniciativas que tentam reformar o modelo centrado na gestão das doenças mentais no interior dos manicômios para a inclusão do cuidado à saúde mental no Sistema Único de Saúde do país, sem estigmas e discriminação (PITTA, 2001, p. 20). Ainda para esta autora, pensar uma rede de atenção às pessoas que sofrem de transtornos mentais no âmbito do Sistema Único de Saúde é um desafio que mexe com desejos e utopias de enfrentar injustiça, iniquidade e exclusão social, transformando-as em ajuda, equipes e serviços decentes que reafirme os direitos sociais desses sujeitos. Para tanto, isso requer lutar pela inserção nas agendas de governo da necessidade de se construir uma rede suficiente de cuidados em Saúde Mental.

Um desafio da Política de Saúde Mental é a intersectorialidade, considerando que “a política pública de saúde, materializada no SUS, é, por definição, intersectorial, para lograr atingir os resultados desejados e definidos nas diretrizes gerais do SUS, sendo de extrema importância a integração com outras políticas públicas” (BRASIL, 2007, p. 45). Outro indicador de mudança na PNSM é a questão do financiamento dos serviços de saúde mental. A composição dos gastos em saúde mental, em 1997, foi de 93,14% em serviços hospitalares e 6,87% em serviços extra-hospitalares. Em 2006, o contexto indicou uma reversão do repasses historicamente destinados aos serviços hospitalares, estes apresentando 48,67%, enquanto os serviços extra-hospitalares 51,33% (BRASIL, 2007). Em 9 anos, evidencia-se uma redução de 44,47% de recursos antes gastos com serviços hospitalares, paralelamente ao mesmo percentual acrescido para gastos com serviços extra-hospitalares. Essa redução demonstra, por um lado, avanços na ampliação dos serviços e na inversão na lógica do financiamento e seu processo de permanente construção (ROSSONI, 2006). Por outro, sugere que esse caminho é lento e permeado por resistências entre os proprietários de hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS. Nessa direção, Andreoli (2007, p. 99) alerta para “a ausência da transferência dos recursos economizados pelo SUS com o fechamento de hospitais e leitos psiquiátricos para os serviços comunitários”. Ainda para este autor, a política de desospitalização do paciente psiquiátrico no Brasil alcançou o seu objetivo, pois em todas

as regiões o número de leitos está abaixo do índice previsto<sup>7/8</sup> (50 leitos por 100 mil hab.), apresentando 37 leitos para cada 100 mil hab., com exceção da região Sudeste que tem 51 leitos por 100 mil hab. Porém, o autor ressalta que a principal região responsável pela redução do número de leitos no Brasil foi a Sudeste, ao contrário da região norte que mantém baixo o número de leitos disponível, mas estável há mais de 10 anos.

Para que esse processo de desinstitucionalização ocorra, é fundamental reconhecer quais são os diferentes atores afetados por ele e como interagem no sentido de viabilizar ou inviabilizar sua efetivação (LUCHMANN; RODRIGUES, 2006). Entre os atores envolvidos, destacam-se os principais grupos de interesse nessa política, a saber: o *Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental* (hoje, Movimento de Luta Antimanicomial – MLA), por se constituir em sujeito político no âmbito da mobilização e implantação de práticas transformadoras; a *Associação Brasileira de Psiquiatria*, por estar voltada aos aspectos de aprimoramento científico no campo da psiquiatria; o *setor privado*, representado pela Federação Brasileira de Hospitais, ao disputar verbas da previdência social; a *indústria farmacêutica*, que divulga a ideologia do medicamento como recurso fundamental, senão único, para o tratamento dos transtornos mentais; as *associações de usuários e familiares*, que deixam de ser objeto de intervenção psiquiátrica para se tornarem agentes de transformação da realidade. Cada segmento possui suas ideologias, perspectivas e práticas diferentes, as quais constituem um cenário conflitante e de enfrentamento, que confere o principal campo de tensões na área de saúde mental no Brasil (LUCHMANN; RODRIGUES, 2006).

É nesse cenário que a Política de Saúde Mental (PSM) apresenta como desafios quanto a sua concretização a ampliação da rede de saúde mental,<sup>9</sup> a organização de serviços e ações em saúde mental na atenção básica e a implementação de Formação de Recursos Humanos para Reforma Psiquiátrica<sup>10</sup> (AMSTALDEN et al., 2007). Para Andreoli (2007), a rede constituída pelos serviços públicos de saúde no país dá acesso universal e gratuito ao sistema

---

<sup>7</sup> Considerando que a partir de dados da literatura, 1% da população sofre de quadros psicóticos graves e que destes 5% necessitam de leitos psiquiátricos ao longo da vida (ANDREOLI, 2007).

<sup>8</sup> O MS aponta que na década de 1990 o gasto com a internação psiquiátrica era o segundo maior do sistema de internação do SUS, só superado pelas internações na clínica médica, fato que demonstrava a utilização de apenas um tipo de recurso para a assistência psiquiátrica.

<sup>9</sup> A rede de atenção à saúde mental é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde com equipe de saúde mental, pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatórios de Saúde Mental, Pronto Socorro Psiquiátrico, Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais, Serviço Hospitalar de Referência em Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (SHR-ad), Hospital Especializado em Psiquiatria e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

<sup>10</sup> Entendida como um desafio para os próximos anos para o sistema de saúde – mais especificamente para a promoção da saúde mental –, considerando a desproporção e o pequeno número de profissionais atuantes da área, como também a capacitação dos agentes de saúde do PSF e dos médicos clínicos, representando o maior desafio (ANDREOLI, 2007, p. 99).

a todo cidadão brasileiro. Entretanto, Santos e Gerschman (2004) advertem para o importante lugar na oferta de serviços de saúde no país que os hospitais ainda possuem e uma baixa oferta de serviços de pequena complexidade pela esfera pública (*versus* a alta complexidade oferecida pela esfera privada), constituindo-se num cenário de avanço do gasto privado e de redução do gasto público em saúde.

No âmbito da infra-estrutura, os serviços em saúde mental estão disponibilizados num percentual de 1,8 CAPs para cada 100 mil habitantes, distribuídos de modo desigual nas cinco regiões brasileiras. Essa distribuição privilegia os estados da União localizados ao Sul do país (Sudeste e Sul) com dois serviços em média, enquanto as demais regiões contam com apenas um serviço por 100 mil habitantes. É importante considerar também que as diferenças regionais em relação à extensão territorial, à densidade demográfica e às condições socioeconômicas no país são muito grandes, influenciando consideravelmente a organização e o fornecimento dos serviços de saúde (ANDREOLI, 2007).

No Espírito Santo, a Política Estadual de Saúde Mental segue as diretrizes e os princípios definidos nacionalmente, visando à reorientação do modelo assistencial, a qual propõe a inclusão dos usuários na macropolítica de saúde e tem como prioridades a ampliação de serviços extra-hospitalares de saúde mental e a redução das internações psiquiátricas. Esses serviços devem constituir-se em uma rede de atenção psicossocial e, portanto, integrados e articulados aos demais serviços de saúde (Espírito Santo, 2000). No estado do Espírito Santo, a saúde mental como política pública é recente, tendo como marco político para sua construção o ano de 1995, paralelo ao contexto da reestruturação da assistência psiquiátrica que tomou conta do País na década de 1990, com a incorporação pelo Governo do Estado das diretrizes da reforma psiquiátrica (FERREIRA, 2005; ROSSONI, 2006). Entretanto, na década anterior, de 1980, o Estado inseria-se de forma pouco expressiva no cenário de discussões do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (ESPÍRITO SANTO, 2001).

A II Conferência Estadual de Saúde Mental<sup>11</sup> alcançou o objetivo de propiciar a participação ampla e democrática de todos os segmentos representados no encontro. Para sua concretização foi decisivo o envolvimento não só da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), mas também dos Secretários Municipais de Saúde, do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), das Superintendências Regionais de Saúde, dos Coordenadores

---

<sup>11</sup> “Como resultado de acalorada discussão, do engajamento e da seriedade dos diferentes atores envolvidos no debate do tema central proposto: “Cuidar sim, Excluir não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com Acesso, Qualidade, Humanização e controle Social”, considerou-se que a etapa estadual consolidou as propostas das Conferências Macrorregionais relevantes para o campo da saúde mental, avaliou o processo de Reforma Psiquiátrica no Estado e avançou na definição de estratégias para efetivar a reorientação do modelo assistencial” (ESPÍRITO SANTO, 2001, s. p.).

Municipais e Regionais de Saúde Mental, dos profissionais, usuários e membros da Comissão Organizadora da II Conferência Estadual de Saúde Mental (ESPÍRITO SANTO, 2001). A II Conferência Estadual de Saúde Mental foi construída por meio da mobilização de centenas de pessoas representativas dos segmentos nas quatro conferências macrorregionais – etapas preparatórias para o evento estadual (Espírito Santo, 2001). Esta conferência teve como temáticas de discussão a questão do(s): *Recursos Humanos* (com a capacitação dos profissionais da rede básica de saúde e Ação Social – modelo tradicional e PACS/PSF – em saúde mental e dependência química através da realização de palestras, seminários e fóruns, com garantia de supervisão permanente); *Financiamento em Saúde Mental* (com a construção de um teto de AIH, vinculado aos municípios de acordo com parâmetros de incidência e prevalência sobre base populacional, a disponibilização de leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos e/ou conveniados com o SUS, a criação de PAB variável ou linha específica de financiamento e a implantação de uma rede de serviços novos, de base comunitária); *Controle Social* (cabendo aos Conselhos de Saúde criar mecanismos para dar visibilidade e garantir a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em Saúde Mental, além de acompanhar e fiscalizar as verbas destinadas às ações em Saúde Mental); *Direitos, Acessibilidade e Cidadania – Rede de Serviços* (constituição de mecanismos de controle de emissão de AIHs, através da criação de porta de entrada pública no sul do ES,<sup>12</sup> visando garantir consultoria e assessoria aos municípios pela Coordenação Estadual de Saúde Mental para implementação de políticas de Saúde Mental/Dependência Química, discutir a concepção asilar junto à sociedade, reforçando a idéia de rede de serviços que considere a realidade regional e incluir ações de saúde mental no PACS/PSF).

Para Ferreira (2005), o momento da discussão da Política de Saúde Mental como Política Pública foi marcada pela conjugação de dois fatores decisivos na discussão sobre reestruturação da assistência psiquiátrica no Estado: no contexto nacional, a formulação da Política Nacional de Saúde Mental na década de 1990; no contexto estadual, a eleição, em 1994, de um governo petista com características populares e democráticas, no qual a política de saúde foi definida como área prioritária (FERREIRA, 2005).

Em 1994, o Espírito Santo possuía um modelo de assistência em saúde mental claramente centrado na utilização do leito psiquiátrico como recurso exclusivo para tratamento das pessoas com transtornos mentais. Outro grave problema evidenciado,

---

<sup>12</sup> Que evidência a necessidade de se criar mecanismos de controle das internações psiquiátricas no estado, especificamente da Macrorregião Sul, pólo de resistência e vigência de uma cultura hospitalocêntrica.



principalmente nos municípios fora da Região Metropolitana, referia-se ao procedimento usualmente adotado nas situações de urgência que envolvesse pacientes com transtornos mentais. De um lado, constatava-se o despreparo dos profissionais<sup>13</sup> de saúde para realizar abordagens nessas situações, de outro, a não disponibilidade de leitos em hospital geral para urgência psiquiátrica levava a população a recorrer às delegacias de polícia locais ou às Secretarias de Ação Social para solucionar os casos que, quase sempre, resultavam na internação do paciente em hospital psiquiátrico (FERREIRA, 2005). Esta autora afirma que, diante desse cenário, o contexto nacional propício à Política de Saúde Mental na década de 1990, a inserção da saúde mental na agenda política do Estado em 1995 e uma série de ações realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde por meio do Programa de Saúde Mental (PSM) foram condições determinantes para as mudanças que se efetuaram.

As diretrizes da atual Política de Saúde Mental centram-se em ações de base comunitária e territorial no âmbito da atenção em saúde mental, orientado por uma lógica extra-hospitalar, cuja internação se caracterizaria como último recurso a ser utilizado, quando outros instrumentos se mostrarem insuficientes. No caso do Espírito Santo, os municípios deveriam ser orientados de acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado (PDR),<sup>14</sup> que divide as regiões em 3 *macros* que, por sua vez, são subdivididas em 8 *micros*, estando as *macros* divididas em:

---

<sup>13</sup> Abreu (2006, p. 151), em pesquisa sobre Ações da Municipalidade frente ao Consumo de Drogas: um estudo sobre integralidade, aponta o despreparo dos profissionais na questão da dependência química e as diferentes concepções e abordagens desses no aparecimento dessa problemática. A questão da dependência é encarada através de concepções religiosas diferentes, “mediante a interiorização de crenças, opiniões, atitudes, preconceitos, estereótipos em uma perspectiva dicotômica emanada ora de uma perspectiva moral-legal que enquadrava o consumo de substâncias psicoativas como um problema decorrente da ausência de força de vontade do indivíduo ‘viciado’ para controlar o seu comportamento; falta de fé ou de fraqueza espiritual, ou ainda, pela ausência de legislação proibitiva ou de aparato policial municipal capaz de coibir o uso da droga”.

<sup>14</sup> O PDR – ES, instituído pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01//2001, foi elaborado pela equipe técnica da Secretaria de Estado da Saúde, em outubro de 2003. É um instrumento de gestão que visa à descentralização das ações e serviços de saúde e redução das desigualdades, tendo como diretrizes a promoção da mudança de modelo e compartilhamento de responsabilidade entre os governos municipal e estadual e como objetivo “[...] promover a descentralização das ações e serviços de saúde e reduzir as desigualdades mediante criteriosa alocação de recursos, garantindo o acesso da população a serviços e ações com integralidade e resolubilidade” (ESPÍRITO SANTO, 2003, p.19). Logo, “a criação de regiões de saúde é, pois a condição *sine qua non* para a constituição de um sistema público e universal. [...] Tendo em vista que ainda existem poucos municípios que praticamente eliminaram o modelo de tratamento hospitalar, e outros que continuam a “exportar” seus pacientes graves sem nenhum tipo de cuidado local” (WAGNER, 2006, p. 429).

- a) Norte: com 7 Sedes de Módulos Microrregionais, sendo referenciados pelos 3 Pólos Microrregionais, e estes referenciados pelos serviços dos 2 Pólos Macrorregionais<sup>15</sup> dessa mesma região;
- b) Centro: apresentando 5 Sedes de Módulos, 5 Pólos Microrregionais, estes últimos funcionando de referências para as sedes, além de apresentar um Pólo Macrorregional de referência aos municípios da Macro, orientada por uma lógica em rede;
- c) Sul: com 4 Sedes de Pólos referenciadas por 2 Pólos Microrregionais, tendo apenas um Pólo Macrorregional (este em Cachoeiro de Itapemirim, sendo referência para os Pólos Micro, uma vez que concentra as ações em atenção em saúde na região sul.

Para Rossoni (2006, p. 37) a política estadual de saúde mental tem ampliado o acesso às pessoas com transtornos mentais, “a partir da expansão dos serviços extra-hospitalares”. A criação de equipes de saúde mental tem se constituído na estratégia adotada por diversos municípios, independente de base populacional para reorganização dos serviços ao nível da atenção primária à saúde (ROSSONI, 2006). Dos 78 municípios do Estado, 43 possuem serviço ambulatorial em saúde mental (55,1%), sendo que, destes, 22 são de pequeno porte (menos de 20.000 mil hab.) (OLIVEIRA; GARCIA, 2006).

É nesse contexto que a Política de Saúde Mental tem estruturado suas bases para reorientação do modelo assistencial, fomentando e impulsionando os municípios capixabas na criação de serviços extra-hospitalares, de base territorial, visando à reorientação do modelo assistencial e à construção da rede em saúde mental (ROSSONI, 2006). Em 2006, o Estado destaca-se com 62% dos municípios apresentando algum serviço em atenção em saúde mental, o que representa um acréscimo de 7% desses serviços.<sup>16</sup> Entretanto, a ampliação desses não se constituiu ainda na reversão do modelo assistencial em saúde mental ainda centrado na lógica da internação, tendo em vista o volume dos recursos destinados aos hospitais psiquiátricos ser maior do que os repassados aos serviços extra-hospitalares – situação esta que se afigura como um dos maiores desafios da questão do financiamento da Política de Saúde Mental no Estado (ROSSONI, 2006).

É nesse cenário de resistência à mudança que se apresenta a ação de clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS<sup>17</sup> (no caso do ES, localizada no município de Cachoeiro de

---

<sup>15</sup> A macro Norte apresenta 2 pólos macrorregionais, diferentemente das outras macros, pois a região abrange o maior número de municípios do Estado, tendo um total de 32 municípios.

<sup>16</sup> Dados fornecidos à pesquisadora pela Coordenação de Saúde Mental do ES.

<sup>17</sup> Associada à Federação Brasileira de Hospitais, que tem em seu discurso a defesa do crescimento e da manutenção da iniciativa privada, tomando por defesa a questão da lucratividade no âmbito de não constituir-

Itapemirim – sul do estado) e, ao qual, se contrapõem a diretriz da atual Política de Saúde Mental e a proposta do Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica – PRH/2004, com recusa em assinar a pactuação para a redução de leitos definida pelo viés dessa política. Assim, a proposta da pesquisa consiste em elaborar uma análise da Política Estadual de Saúde Mental tendo como cenário a maior Clínica Psiquiátrica conveniada ao SUS, localizada ao sul do estado do ES. Por se inscrever dentro do debate da luta antimanicomial, este estudo irá adentrar em um universo que precisa ser conhecido e discutido – o movimento de resistência hoje empreendido pelas clínicas conveniadas ao Sistema Único de Saúde face à ausência de serviços substitutivos e por ação de lobbies junto aos legisladores.

### **Metodologia**

O estudo de caso de uma clínica psiquiátrica conveniada ao SUS envolveu pesquisa documental, visita à instituição, entrevista com gestor da clínica e com um ex-técnico da instituição.

A *pesquisa documental* foi realizada junto à Secretaria de Estado de Saúde (Coordenação de Saúde Mental, Vigilância Sanitária e Superintendência de Cachoeiro de Itapemirim), na Secretaria Municipal de Saúde, na Clínica Psiquiátrica e na Federação Brasileira de Hospitais. No setor da Coordenação de Saúde Mental foram obtidos alguns documentos, como é o caso do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/PSIQUIATRIA, 2003 e 2004), que analisa critérios para o funcionamento da instituição, tais como a avaliação das condições de infra-estrutura, o modelo de atenção aos usuários, o número de profissionais correspondentes na instituição e as atividades nela desenvolvidas. Também foi encontrado o Projeto Terapêutico-Administrativo 2000/2002 da Clínica Psiquiátrica, o qual descreve o perfil e o direcionamento metodológico de atuação e desenvolvimento das práticas dos profissionais no que diz respeito ao atendimento dos usuários. Este projeto abarca vários outros projetos mais específicos de diferentes setores existentes na Clínica. Além disso, a Coordenação de Saúde Mental forneceu: o Fluxo de Internações de Psiquiatria no Espírito Santo de 2004; o Plano Diretor de Regionalização (Distribuição dos Municípios por Macrorregiões, Microrregiões e Módulos Assistenciais – julho de 2004); a Autorização de Internações Hospitalares (Normal e Longa Permanência) por

---

se como algo reprovável, pois uma empresa que tem uma saúde financeira pode garantir o atendimento (Federação Brasileira de Hospitais, 2007).

Instituições Psiquiátricas; a Distribuição dos Serviços Extra-Hospitalares por Módulos Assistenciais, Micro e Macrorregiões – PDR/ES – 2007; o percentual de internações psiquiátricas e por álcool por Unidades Hospitalares no ES de 2001 a 2005. A Coordenação Estadual de Saúde Mental também respondeu indagações realizadas pelas pesquisadoras referentes às ações empreendidas pela própria Coordenação no âmbito da saúde mental no Estado e, principalmente, na Macrorregião Sul, no que diz respeito à contenção e ao controle das internações psiquiátricas na região (obtido como resposta a estratégia de implementação de novos serviços nesta macro, redistribuindo o acesso aos serviços extra-hospitalares em detrimento das internações e a realização do processo de Educação Permanente com as equipes de Saúde Mental).<sup>18</sup>

Ainda no âmbito da Instituição Pública Estadual, o contato com a Vigilância Sanitária realizou-se por meio telefônico e entrega do projeto de pesquisa. Este órgão, em princípio, informou que existiam documentos antigos a respeito da Clínica e, posteriormente, informou que os mesmos foram encaminhados para a Superintendência de Cachoeiro de Itapemirim. Esta nos forneceu os procedimentos realizados nessa clínica no período de 1º/6 a 3/6 e a procedência por município de residência dos usuários. Em seguida, foi realizado o contato telefônico para solicitar a normalização da ANVISA acerca das instituições psiquiátricas, sendo obtida a Resolução RDC nº 101. Foi averiguado se o alvará de inspeção havia sido emitido pela vigilância para regulamentação de funcionamento da clínica, sendo obtida a resposta de ausência de profissionais suficientes para a realização de inspeções nas instituições psiquiátricas no interior do Estado, a qual não acontece há aproximadamente 5 anos.<sup>19</sup>

Na Secretaria Municipal de Saúde não foi obtido qualquer documento, sendo que as pesquisadoras foram informadas de que todas as ações referentes à clínica estão a cargo da Secretaria Estadual de Saúde. Na própria Clínica foram obtidos o Percentual de AIH Normal por Diagnósticos em 2006, o Percentual das Diárias de Internações por Município em 2006 e o acesso parcial ao Projeto Terapêutico da Instituição.

No *site* da Federação Brasileira de Hospitais (Instituição Privada de Grupo de Interesses) foi obtido o Mandado de Segurança nº 11.539, concedido à Federação contra as penalidades impostas pelo Ministério da Saúde às instituições psiquiátricas que não se adequem ao processo de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar do SUS, no

---

<sup>18</sup> Essa Microrregião conta apenas com duas Equipes Mínimas de Saúde Mental.

<sup>19</sup> O Alvará de Inspeção da Clínica encontra-se sob a responsabilidade hoje da Vigilância Municipal.

que tange ao repasse de recursos por leitos psiquiátricos (redução do percentual das diárias de internações psiquiátricas).

Foi efetuada também visita à instituição. Na oportunidade, realizou-se entrevista com gestor utilizando-se um roteiro que contemplou os seguintes aspectos: o histórico da Clínica; as mudanças vivenciadas pela instituição, considerando o âmbito profissional e o número de leitos; as dificuldades ou facilidades enfrentadas para manutenção da Clínica; a vivência da mesma com as mudanças preconizadas pela Política de Saúde Mental; o critério para internação na instituição; existência de projetos terapêuticos específicos para pacientes de longa permanência; o percentual de pacientes usuários de álcool e outros tipos de drogas e se há um projeto específico para esses; qual a relação da Clínica com a Coordenação de Municipal e Estadual de Saúde Mental; como é vislumbrado o futuro das Clínicas Psiquiátricas pela instituição. O planejamento da pesquisa previa a gravação da entrevista, mas o entrevistado não concordou. Diante disso, o registro foi realizado pela pesquisadora, considerando tudo aquilo que o entrevistado respondia verbalmente, isto é, a fala propriamente dita (reconhecendo-se, nesse caso, que tal procedimento apresentava perda substancial do discurso do entrevistado). Foi elaborado também um relatório de observação da visita contendo impressões da instituição e do processo de entrevista. Além disso, também foi realizada entrevista com ex-técnico da instituição, com o propósito de evidenciar: o histórico da instituição e do Serviço Social; a relação desse setor com os demais profissionais da clínica; quais eram os principais problemas enfrentados com os usuários; quais as ações desenvolvidas na clínica de um modo geral; averiguação da existência de condições favoráveis para o trabalho na instituição; como estava definida a porta de entrada para internação; a procedência da alta hospitalar e a incidência de retorno dos usuários à instituição. Essa entrevista foi gravada com o consentimento do entrevistado e, posteriormente, transcrita. Foram obedecidos os procedimentos éticos previstos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (nº 027/07 do CEP da UFES).

Para análise dos dados, foram consideradas as seguintes variáveis: (a) *Característica da demanda recebida pela instituição* (tempo de internação, procedência, tipo de transtorno mais freqüente entre os internos); (b) *Estrutura de funcionamento da Clínica Psiquiátrica* (a relação entre os técnicos existentes e o preconizado pelo MS; a carga horária de trabalho; a existência de problemas na instituição – problemas trabalhistas ou com os usuários/familiares); (c) *Projeto terapêutico* (considerando os projetos específicos para as áreas de atuação profissional).

## Resultados

Considerando os dados do PNASH relativos aos anos de 2003, 2004 e do DATASUS de 2006, a Clínica reduziu em 5 o número total dos leitos conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), o que representa uma diminuição de 1,23%. Tal índice indica que o processo de redução gradual do número de leitos psiquiátricos (proposto pela Política Nacional de Saúde Mental) vem ocorrendo na instituição em um contexto de resistência institucional às pressões exercidas pela Direção Estadual de Saúde Mental. Esse cenário de confronto conforma-se por duas lógicas que se chocam: de um lado, a doença mental como negócio lucrativo para donos de clínicas conveniadas ao SUS; de outro, a saúde mental como um direito do cidadão e dever do Estado Brasileiro de assegurar as melhorias alternativas de sua manutenção, recuperação e reinserção. Por um lado, a clínica reduz pouco ou quase nada, mantendo um número expressivo de 400 leitos disponíveis à comunidade. Por outro, destacam-se as pressões realizadas hoje pela Coordenação Estadual de Saúde Mental através de ações macrorregionais como também as de nível microrregional.

Nas primeiras ações, destacam-se os programas de educação permanente – direcionados às Equipes de Saúde da Família (ESF) e às Equipes de Saúde Mental (ESM) – que serão oferecidos para os municípios que, por sua vez, apresentam CAPS (3 vagas), ESM (2 vagas) e ESF (2 vagas). Já no que concerne às ações em nível microrregional, no âmbito da articulação com o gestor municipal para implementação de uma Equipe Mínima de Saúde Mental, o contato está sendo através do Fórum de Saúde Mental, da Oficina do Pacto pela Vida (realizada em 2007), como também pela assessoria e veiculação de informações, estas a partir da demanda dos próprios gestores. Além disso, está prevista a realização de oficinas microrregionais para a pactuação do Pacto de Gestão,<sup>20</sup> ao qual serão apresentados

---

<sup>20</sup> Estabelecido pelo Pacto pela Saúde: consolidando o SUS de 2006, através da Portaria nº 399 /2006 (que mantém os princípios da constituição do SUS, cujo pacto propõe dar ênfase às necessidades da população, através da atenção primária, a qual está dividida em 3 eixos). *O Pacto pela Vida* – estabelece como prioridade a política para idosos, contra o câncer colo de útero, redução da mortalidade infantil, combate ao tabagismo, fortalecimento da atenção primária; *Pacto em Defesa do SUS* – propõe reforçar o SUS como política de Estado, partindo do pressuposto da saúde como direito de cidadania; *Pacto de Gestão* – que propõe a responsabilidade da União, Estado e dos Municípios, considerando que todo cidadão deve ter sua saúde como de responsabilidade do município, senão competência do Estado o provimentos de recursos caso os municípios não tiverem condições de disporem da assistência. O Pacto pela Gestão propõe também a regionalização, sendo esta orientada pelo PDR (Plano Diretor de Regionalização), no caso do Espírito Santo, e referenciada pela existência de um protocolo de Rede de Atenção Integral baseado em características regionais que acabaram criando os Sistemas Integrados de Saúde, além de reafirmar a participação do financiamento da saúde pelas três esferas (ESPÍRITO SANTO, 2007).

indicadores de saúde mental (estes ainda em construção). Cumpre ressaltar que as ações mencionadas de sensibilização do gestor municipal ainda são pontuais.<sup>21</sup>

Com relação à proposta em andamento de criação de um Serviço de Atendimento de Urgência e Emergência em Psiquiatria no Hospital CAPAAC – localizado no município de Cachoeiro de Itapemirim e funcionando como porta de entrada para as internações psiquiátricas na região – este já foi criado. Este serviço apresenta-se como uma porta de entrada para internação em Hospital Geral para a Macrorregião Sul, significando uma alternativa em atenção ao cuidado em saúde mental que não seja a Clínica (figura até então hegemônica no âmbito da saúde mental no Estado), buscando conter e diminuir os procedimentos realizados pela última. Entretanto, os usuários internados na Clínica não passam por esse processo.

No âmbito das ações municipais em saúde mental, o município de Cachoeiro de Itapemirim não apresenta uma Coordenação de Saúde Mental, não havendo uma Equipe Mínima na área. Esse fato pode ser percebido no fragmento a seguir:

*[...] não há nenhum trabalho desenvolvido em saúde mental, os serviços nessa área são assistidos pelas clínicas da região... agora que chegou uma determinação para ver essa questão da implementação, e eu nem sei como vai ser isso [...] todas as ações desse campo ficam sob competência da Coordenação Estadual de Saúde Mental [...] (Servidora da área da saúde de Cachoeiro de Itapemirim, em contato telefônico com a pesquisadora).*

Dessa forma, a atenção em saúde mental é desenvolvida pelos atendimentos disponibilizados pelo CAPS existente no município,<sup>22</sup> pelo Hospital CAPAAC e pela Clínica. Assim, todas as ações empreendidas nessa área estão sob competência da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), no campo da gestão estadual, com a Coordenação de Saúde Mental.

Essa ausência de gestão municipal evidencia ainda mais a resistência apresentada pela clínica no cenário de mudança preconizado pela Política Estadual de Saúde Mental, considerando que a instituição detém o papel hegemônico nas internações no Estado, além de *reter atualmente 61,7%* dos recursos destinados à área de saúde mental no Espírito Santo (ESPÍRITO SANTO, 2007). Isso significa, por um lado, que os recursos para o pagamento das internações psiquiátricas vêm diminuindo (saiu de mais de 90% na última década do século passado), mas, por outro, que mais da metade dos recursos em saúde mental estão destinados a pagamentos de internações psiquiátricas na Clínica em detrimento de maiores

<sup>21</sup> Essas informações foram fornecidas pela equipe de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde.

<sup>22</sup> Este funciona dentro do Hospital CAPAAC, no município de Cachoeiro de Itapemirim.

investimentos na estruturação de uma rede de saúde mental substitutiva ao modelo manicomial.

Todo esse cenário aqui retratado evidencia a presença de diferentes atores sociais e grupos de interesse em torno de diferentes projetos. Um dos atores envolvidos nesse processo de embate entre a Clínica e a Coordenação Estadual de Saúde Mental é a Federação Brasileira de Hospitais, representando um grupo de interesses contrário às determinações do Ministério da Saúde. Sua presença se manifesta através de uma ação nacional movida pela Federação (em nome de seus federados, entre eles a Clínica), questionando a legalidade das penalidades preconizadas pela Portaria Federal nº 395, de 7 de julho de 2005, às instituições que não se adequem ao Processo de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica.<sup>23</sup> Esta portaria prevê como punição a redução do repasse na diária de internações psiquiátricas. As instituições que não forem enquadradas nessa condição seriam remuneradas pela Portaria SAS nº 77, de 1º de fevereiro de 2002, e não mais pela pontuação atingida no PNASH/Psiquiatria.<sup>24</sup> Desse modo, a Portaria se coloca como contrária aos interesses das clínicas conveniadas ao SUS.

Este contexto é marcado também pela presença de outros atores, tais como: os profissionais da área (na perspectiva do campo científico, com diferentes formações e perspectivas teóricas); os usuários dos serviços em atenção à saúde mental (representados pelo Movimento de Luta Antimanicomial, na luta pelos direitos humanos e pela implantação de práticas reformadoras); o setor privado (constituindo-se em um grupo que se confronta com as mudanças preconizadas por tal política).

Essa resistência representada pela Clínica pode ser vislumbrada ainda quando se identifica o fluxo dos seus usuários. Nesse momento, adentramos ao segundo eixo analítico – a Clínica e seu raio de ação no contexto local, microrregional e estadual.

Em 2004, aproximadamente 58,16% dos procedimentos de internação da Clínica eram de usuários residentes em municípios da Macro Sul/Cachoeiro de Itapemirim (região dividida em duas microrregiões – Cachoeiro e Guaçuí – e composta por 24 municípios, sendo que 12 destes possuem algum serviço em saúde mental). Outros 29,44% envolveram usuários da Macro Vitória-Centro (19 municípios com algum serviço de saúde mental e 3 não

---

<sup>23</sup> Como instância organizativa, a Federação, em âmbito judicial, entrou com o mandato de segurança 11.539, sob a alegação do aumento dos encargos financeiros postos pelas exigências das portarias ministeriais. Sendo estas, as portarias 52 de 20 de janeiro de 2004 e as portarias GM 251/02 e SAS nº 088/93, as quais estabelecem determinações quanto ao quantitativo funcional, no âmbito dos Recursos Humanos nas instituições psiquiátricas, e do ajustamento no processo de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar do SUS. Entretanto, ao analisarmos o quadro de Recursos Humanos da Clínica, esta apresenta um quantitativo profissional insuficiente, como também não está condizente com as justificadas dada Federação para o possível aumento das remunerações por leitos psiquiátricos, segundo dados do PNASH/Psiquiatria.

<sup>24</sup> De acordo com a Portaria 52/GM, de 20 de janeiro de 2004.



apresentando serviços dessa natureza). Já na Macro Norte foram internados 12,4% (essa macro possui 32 municípios, mas somente 13 possuem algum tipo de atenção em saúde mental).

Esse cenário aponta, por um lado, a manutenção do modelo hospitalocêntrico, reforçando o processo de institucionalização em saúde mental, em detrimento da atenção extra-hospitalar; por outro lado, remete a discussão atual da acessibilidade ao serviço de saúde no SUS, especificamente em nível de saúde mental, permeada por entraves quanto à expansão desse serviço. Entretanto, a existência de serviços abertos e de base comunitária não garante o acesso a este, pois registram-se listas de espera nos CAPs no Estado do ES. Outro aspecto que merece ser destacado é a questão da lógica de divisão do PDR no Estado, cuja orientação segue uma perspectiva de serviços em rede:<sup>25</sup> as sedes e os pólos micros e macro funcionam como referência no cuidado em saúde mental para os municípios. Nesse sentido, cabe perguntar: o que justificaria a procedência de munícipes de outras macrorregiões distantes para internação na Clínica? Como se pode perceber, no interior dessa pergunta, inscreve-se o embate entre duas lógicas: de um lado, a institucionalização versus a desinstitucionalização<sup>26</sup> (esta de base comunitária) e, de outro, a facilidade para internação na Clínica (em virtude da porta de entrada para internação na instituição) funciona em um pronto-socorro em sua própria dependência. A Clínica não utiliza o sistema de porta de entrada como preconizado pela atual Política de Saúde Mental para internação, sendo a decisão tomada exclusivamente pelo médico da instituição. Nesta, a internação ocorre sem um critério determinado para a porta de entrada, então entendida como de fácil acesso, o que justifica a retenção de grande parte dos recursos destinados à área de saúde mental. A lógica de institucionalização evidencia-se também quando consideramos o percentual de diárias de internações na instituição em 2006 (53.219 diárias para um total de 2.210 usuários oriundos das três macrorregiões de saúde do Estado – Sul, Centro e Norte).

As macrorregiões com maiores índices de procedimentos realizados pela Clínica concentram-se na Macro Sul/Cachoeiro de Itapemirim e na Macro Metropolitana, considerando que ambas regiões apresentam características diferentes em termos de distribuição de serviços de atenção em saúde mental: enquanto a primeira é demarcada pela existência de serviços alternativos em saúde mental, a última caracteriza-se pela quase inexistência deles. Outros aspectos também precisam ser levados em conta: 1. A dimensão

---

<sup>25</sup> Proposta com a descentralização das ações no Sistema Único de Saúde.

<sup>26</sup> Para Rotelli e Amarante (1992), o processo de desinstitucionalização não pode ser entendido como um processo de simples desospitalização, mas, de outro modo, significa enfrentar e superar a assistência médica psiquiátrica tradicional.

ideológica inscrita na centralidade conferida ao hospital psiquiátrico e manifesta, muitas vezes, por resistência dos familiares ao acesso a outras formas de tratamento, vendo a internação como primordial na questão da saúde mental e dependência química (e também por resistência de profissionais da área em encaminhar para outros dispositivos no cuidado em saúde mental, que não seja a internação); 2. A dimensão de gestão dessa política face à inexistência de sistema de controle da porta de entrada para internação psiquiátrica na instituição.

Os usuários da Clínica apresentam diagnósticos de esquizofrenia<sup>27</sup> (F20 a 29) em primeiro lugar (44,04%) e transtornos mentais e de comportamento por uso de substâncias psicoativas (F10 a 19) como a segunda causa de internação (37%). Diante desses dados, constata-se que grande parte das internações realizadas na clínica deve-se aos Transtornos Mentais por Substâncias Psicoativas (F10-F19): 84,42% foram por F10 (Transtorno Mental e Comportamental devido ao Uso de Álcool).

Outra variável analisada nesse processo é a estrutura de funcionamento da Clínica. Essa conta com 75 técnicos em seu quadro funcional, sendo 36 de nível médio e 39 de nível superior (destes 22 são médicos). Observa-se ainda uma defasagem de enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e técnicos de enfermagem. A diferença entre o preconizado pelo Ministério da Saúde e o quadro técnico atual é de 32 técnicos. Além desses profissionais, o setor de recursos humanos conta com uma alteração na Equipe Técnica Básica, regulamentada pela portaria (PTs GM nº 251/02 e SAS nº 088/93), tendo incluso na equipe os profissionais de Educação Física e de Odontologia, sendo necessários para atender ao contingente de usuários da instituição.

Diante desses aspectos, a composição profissional evidencia uma diferença entre o quantitativo dos recursos humanos e o preconizado pela Portaria 251/2002. De acordo com o PNASH/Psiquiatria 2003 e 2004, a Clínica apresenta um quadro insuficiente de profissionais, a saber: Técnico de Enfermagem, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social, Enfermeiro, Psicólogo, esse último ligado às atividades de ressocialização, o que compromete tal trabalho. Quanto ao discurso do gestor, este apontou como problema o percentual de diárias pagas pelo SUS de internações recebidas pela instituição. No discurso do ex-técnico da instituição, foi notória a fragmentação das ações no âmbito da prática profissional, a perspectiva dos outros setores da clínica enquanto “auxiliares” no processo de assistência médica aos usuários e

---

<sup>27</sup> Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID X).

não interventores na prática do cuidado em atenção em saúde mental, o que compromete o desenvolvimento de um trabalho transformador.

No que se refere ao Projeto Terapêutico da Instituição, este se apresenta subdividido em projetos terapêuticos por categorias profissionais, a saber: Assistente Social, Psicólogo, Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional, Professor de Educação Física e de Enfermagem e das Equipes Multidisciplinares (EMD). Em uma análise do Projeto terapêutico, é possível identificar a ausência de um trabalho orientado para a ressocialização (há apenas um folheto de orientação para o tratamento pós-alta hospitalar) e a existência de poucas atividades orientadas para uma abordagem psicossocial. Os subprojetos estão segmentados, sendo clara a separação das atividades pelos setores da área, não se registrando proposta de ação interdisciplinar entre as categorias, existindo somente o projeto de EMD remetendo-se a ações de caráter pontual. O Serviço Social como categoria profissional inserida nesse contexto remete a ações pontuais de assessoramento médico, notório no discurso do ex-técnico. Dessa forma, o Projeto Terapêutico escrito atende às exigências referentes à Portaria 251/2002, entretanto a prática institucional constatada atende em parte (PNASH/Psiquiatria 2003). No Relatório Síntese Vistoria PNASH/Psiquiatria 2004, no que se refere ao Projeto Institucional e Individual, confere-se que o último é padronizado e não descreve as características individuais e as atividades psicossociais e rotinas do paciente na instituição. Ainda de acordo com esse relatório, no que diz respeito ao prontuário (no âmbito da *anamnese*), verifica-se ausência de dados dependendo da categoria profissional, destacando-se aquelas feitas pelo Serviço Social.

Existem reuniões com os usuários, estas realizadas quinzenalmente, porém apresentam caráter representativo, sendo os participantes os membros da Comissão Interna dos Direitos dos Usuários. Nas atividades que visam ressocialização, os dados apontam para insuficiência desta, considerando que uma parcela dos pacientes não participa das atividades de reabilitação psicossocial (RELATÓRIO PNASH/ PSIQUIATRIA, 2004). No que se refere aos pacientes de longa permanência, o gestor da instituição ressaltou que os mesmos não poderiam ser incluídos nas residências terapêuticas, pois eles não são capazes de desempenhar, sozinhos, as atividades – fato que se opõe à Política de Saúde Mental (pelo viés da desinstitucionalização), assim como evidencia no discurso desse a defesa do modelo hospitalocêntrico, historicamente caracterizado pelo cuidado asilar. Esses aspectos apontam para a participação mínima ou nenhuma dos pacientes no processo de tomada das decisões das atividades e do trabalho desenvolvido pela Clínica, pondo em relevo a configuração de um processo de imposição no

que tange à prática de atenção em saúde mental pelo gestor, não orientada pelas particularidades postas pelos usuários.

### **Considerações finais**

O estudo apontou a discordância apresentada pela Clínica em implementar as propostas da Política de Saúde Mental quanto às ações orientadas pela perspectiva da ressocialização, a redução do número de leitos psiquiátricos e a existência de um sistema de porta de entrada para internação na instituição. Evidencia-se, portanto, que os atores sociais que perderam com processo de formulação dessa política (nesse caso, os donos de hospitais privados) retornam à cena política no momento de sua implementação, retomando estratégias e táticas de resistência à sua efetiva concretização.

Assim, a Clínica constitui-se num foco de resistência e afirmação do modelo clássico de psiquiatria, apresentando-se como um entrave à desinstitucionalização contestando no cotidiano de seu trabalho essa lógica e seus pressupostos, ao defender a institucionalização dos portadores de transtorno mental, defesa essa estruturada em torno da Federação Brasileira de Hospitais. Esta, por sua vez, apresenta-se elencada à luz de um forte grupo de interesses políticos e econômicos que preconiza a defesa do modelo tradicional, pautado na lógica da lucratividade oriunda dos leitos conveniados ao SUS. A saúde mental torna-se um campo de luta, expresso neste trabalho pelo confronto entre os gestores estaduais de saúde mental (no embate da redução de leitos psiquiátricos e da adequação às portarias ministeriais em relação ao funcionamento e à estrutura da instituição) e à clínica (mantenedora da cultura tradicional, asilar em saúde mental). Até então, esta se apresenta como um reverso à diretriz da atual Política de Saúde Mental, no âmbito das transformações e no cuidado aos portadores de transtornos mentais, contribuindo com alternativas de atenção extra-hospitalar frente à permanência de um modelo orientado pelo viés hospitalocêntrico em saúde.

Além disso, o estudo de caso da clínica evidenciou a cultura manicomial ainda vigente na sociedade, sendo a internação encarada como primeira alternativa na resolução da problemática questão da saúde mental e dependência química. Portanto, a questão que está posta como desafio não é somente criar modelos substitutivos em atenção em saúde mental, mas também transformar as percepções acerca da figura do portador de transtornos mentais e as formas de cuidado destinadas a estes, que historicamente foram alvos de preconceito, discriminação e exclusão social, ou seja, requer transformações culturais e sociais.

## Referências

- ABREU, C. C. *Ações da municipalidade frente ao consumo de drogas: um estudo sobre integralidade*. Vitória (ES). 2006. Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.
- AMSTALDEN, A. F. et al. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN; R. (Org.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-207.
- ANDREOLI, S. B. Serviços de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN; R. (Org.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed. 2007. p. 85-100.
- BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema único de saúde e o que esperamos dele. In: *Textos de Apoio em Política de Saúde série Trabalho e Formação em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 11-41.
- BEAKLINI, M. J. T. *A proteção social na reestruturação da assistência em saúde mental: o Programa de Bolsa – Auxílio do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói (RJ)*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental. 1987. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm\\_relafinal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relafinal.pdf)>.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental. 1992. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf)>.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Relatório de Gestão Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e Mudança de Modelo de Atenção. Brasília, 2007.
- \_\_\_\_\_. Normal Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <<http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisl/nob96.htm>>. Acesso em: 01 maio 2007.
- \_\_\_\_\_. Resolução RDC Nº 101. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101\\_01rdc.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm)> Acesso em: 01 maio 2007.
- DUARTE, M. J. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In: BRAVO, M. I. S. (Org.). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2004, p. 150-164.
- ESPÍRITO SANTO. *Política estadual de saúde mental*. Secretária de Estado da Saúde. 2001.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização, 2003. Disponível em: <[http://www.saude.es.gov.br/download/pdres\\_2003\\_Plano\\_Diretor.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/pdres_2003_Plano_Diretor.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2007.
- \_\_\_\_\_. Coordenação Estadual de Saúde Mental. Relatório da II Conferência de Saúde Mental. Vitória, 2001.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Política Estadual de Saúde. 2007.
- FERREIRA, L. E. A. *Análise de política pública de saúde mental: o caso do estado do Espírito Santo*, Rio de Janeiro (RJ), 2005. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Saúde

Mental) – Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

LUCHAMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O Movimento Antimanicomial no Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Florianópolis-SC, 2006. Disponível em:

<[http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=186](http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=186)>.

Acesso em: 9 jan. 2007.

OLIVEIRA, E. F. A.; GARCIA, M. L. T. *Serviços substitutivos em saúde mental – análise da realidade capixaba*. Projeto de pesquisa financiada pelo CNPq. Vitória, 2006, p. 1-10.

PITTA, A. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Caderno de textos de apoio da III Conferência de Saúde Mental. Brasília, 2001, 1ª Parte, p. 20-30.

REIS, R. *Política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: a experiência de um Caps ad no município de Vitória, Vitória (ES)*. 2006. Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

REIS, R; GARCIA, MLT. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. *Rev C S Col* [periódico na internet] 2007 jun. [Citado em 22 de dezembro 2007]; [cerca de 20 p.]. Disponível em:

<<http://www.cienciasaudecoletiva.com.br>>.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURI, D. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 9-87.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: \_\_\_\_\_. *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-56.

ROSSONI, C. G. *Um estudo sobre a saúde mental de Serra-ES: da surpresa ao encantamento, Vitória (ES)*, 2006. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

SANTOS, M. A. B; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Manguinhos: RJ, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

WAGNER, G. Efeitos paradoxos da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006, p. 417-442.

Federação Brasileira de Hospitais.

Disponível em: <[http://www.fbh.com.br/index.php?a=fbh\\_midia.php](http://www.fbh.com.br/index.php?a=fbh_midia.php)>. Acesso em: 05 abr. 2007.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. Disponível em: <[http://www.stj.gov.br/portal\\_stj/publicacao/engine.wsp#](http://www.stj.gov.br/portal_stj/publicacao/engine.wsp#)>. Acesso em: 10 abr. 2007.